

## Don oifig amháin

Rang:

Uimhir Rolla na Scoile:

Aitheantais Cliant:

Ainm:

Dáta Breithe:

# Foirm toilithe vacsaínithe i gcomhair scoileanna dara leibhéal

Ní mór an fhoirm toilithe seo a chomhlánú chun toileadh go dtabharfaí

- 2/3 dháileog de vacsaín HPV (vacsaín don phapalómaivíreas daonna)
- Aon dáileog amháin de vacsaín Tdap (vacsaín don teiteanas, diftéire agus triuch)
- Aon dáileog den Vacsaín MenC (Vacsaín Meiningeacocúil C)

Tabharfar na vacsaíní seo i rith na scoilbhliana.

Tá sé beartaithe go dtabharfar 2 vacsaín le linn gach cuairt scoile; tabhair faoi deara áfach go mb'fhéidir nach mbeidh seo amhlaidh do roinnt dhaltaí.

**Cuairt 1:** HPV (Dáileog a haon) + Tdap

**Cuairt 2:** HPV (Dáileog a dó) + MenC

**Má thoirleann tú,** líon isteach agus sínigh Cuid 1 agus 2 **do gach vacsaín.**

**Mura dtoirleann tú,** líon isteach agus sínigh Cuideanna 1 agus 3 **do gach vacsaín.**

**Tabhair faoi deara nach féidir le duine ar bith seachas tuismitheoir nó caomhnóir, toiliú nó gan toiliú thar ceann daltaí. De réir dlí, is féidir le daltaí os cionn 16 bliana d'aois toiliú ar a s(h)on féin.**

**Comhlánaigh an fhoirm seo le peann i mBLOCLITREACHA.**

Fiú mura bhfuil tú ag toiliú, seol an fhoirm seo ar ais roimh an vacsaíniú nó laistigh de 7 lá.

**Ráiteas Priobháideachta:** Tá baill foirne FSS ar an eolas faoin dualgas atá orthu faoi na hAchtanna um Chosaint Sonraí, 1988-2018 (lena n-áirítear an Rialachán Ginearálta maidir le Cosaint Sonraí).. Beidh an t-eolas a chuirfear ar fáil stóráilte i mBunachair Imdhíonta. Bainfidh FSS úsáid as an eolas seo chun cliant a dheimhniú, monatóireacht a dhéanamh ar na cláir vacsaínithe agus soláthar chúram sláinte. Cuirfear na Sonraí don HPV ar fáil ar CervicalCheck – an Clár Scagthástála Cheirbheacs Náisiúnta chun úsáid a bhaint as i gcomhthéacs a seirbhís.

**Notes/Comments** (Don oifig amháin):

## Don oifig amháin

Rang:

Uimhir Rolla na Scoile:

Aitheantais Cliaint:

# Sonraí Pearsanta

## CUID 1

Comhlánaigh an chuid seo do gach Dalta  
(BAIN ÚSÁID AS BLOCLITREACHA LE DO THOIL)

Ainm an Dalta:

Lár-Ainm an Dalta:

Sloinne an Dalta (Ainm Teaghlaigh):

Ar fearr aithne air/uirthi mar:

Uimhir Phearsanta Seirbhíse Poiblí (UPSP) an Dalta:

(Is ar mhaithe le do thaifead imdhíonta a bhainistiú atá do UPSP ag teastáil agus chuige sin amháin)

Inscne:

Fireann

Baineann

Dáta Breithe an Dalta:

Sloinne Breithe an Dalta:

Ainm na Máthar roimh phósadh di:

Dáta Breithe na Máthar:

(Seans go mbeidh an t-eolas seo de dhíth chun seirbhísí imdhíonta do pháiste a bhainistiú)

Seoladh an Dalta:

Contae:

Seoladh Baile an Dalta nuair a Rugadh é/í:

Céadainm agus Sloinne an Tuismitheora/Chaomhnóra Dhlíthiúil:

Uimhir Fóin i rith an lae:

Uimhir fón póca:

An bhfuil tú sásta teachtaireachtaí téacs a fháil a bhaineann le vacsaíní?

Tá

Níl

Ainm na Scoile/an Choláiste:

Rang:

Bliain:

Ainm agus Seoladh an Dochtúra Teaghlaigh:

(D'fhéadfaí d'fhaisnéis a roinnt le do Dhochtúir Teaghlaigh)

1. An raibh an dalta seo sa chéad bhliain cheana féin?

Bhí

Ní raibh

2. An bhfuair an dalta seo vacsaín HPV cheana?

Fuair

Ní bhfuair

3. An raibh aon tinneas tromchúiseach ar an ndalta seo le déanaí?

Bhí

Ní raibh

Sonraigh le do thoil: \_\_\_\_\_

4. An bhfuil cógas á thógáil ag an ndalta seo faoi láthair?

Tá

Níl

Sonraigh le do thoil: \_\_\_\_\_

5. An raibh droch-fhrithghníomh ailléirgeach ag an dalta seo i gcoinne **aon** rud, drugaí nó vacsaín san áireamh (anaifiolacsas san áireamh)?

Bhí

Ní raibh

Sonraigh le do thoil: \_\_\_\_\_

6. An bhfuil tinneas/riocht sláinte ar an ndalta seo a mhéadaíonn baol fuilithe?

Tá

Níl

Sonraigh le do thoil: \_\_\_\_\_

Lean ar aghaidh go dtí leathanach 3 chun toiliú nó diúltú ►

Ainm:

Dáta Breithe:

## Roghnaigh Cuid 2 (TOILÍM) nó Cuid 3 (NÍ THOILÍM) do gach Vacsaín

### CUID 2

Cuir tic sa bhosca don Vacsaín/na Vacsaíní a bhfuil tú ag toiliú dó/dóibh agus sínigh in aice **TOILÍM**

Toilím go dtabharfar an vacsaín **HPV** don dalta thuasluaite.

Toilím go dtabharfar an vacsaín **Tdap** don dalta thuasluaite.

Toilím go dtabharfar an vacsaín **MenC** don dalta thuasluaite.

- Tá an t-eolas vacsaíne atá in éineacht leis seo léite agam agus tuigim é, fo-iarmhairtí atá ar eolas san áireamh.
- Tuigim nach moltar go dtabharfaí an vacsaín HPV le linn toirchis.
- Tuigim go bhfuilim ag toiliú go dtabharfaí 2/3 dháileog den vacsaín HPV thar tréimhse 6 go 12 mhí.
- Deimhním agus an fhoirm seo á síniú agam go bhfuil údarú agam mo chead a thabhairt ar son an dalta thuasluaite. (De réir dlí, is féidir le dalta os cionn 16 bliana d'aois toiliú ar a s(h)on féin.)

Síniú: \_\_\_\_\_

Dáta:   
L L M M B B B B

Ainm (Priontáil led' thoil): \_\_\_\_\_

(Ticeáil led' thoil): Tuismitheoir  Caomhnóir Dlíthiúil  Féin

## NÓ

### CUID 3

Cuir tic sa bhosca don Vacsaín/na Vacsaíní nach bhfuil tú ag toiliú dó/dóibh agus sínigh **NÍ THOILÍM**

Ní thoilím go dtabharfar an vacsaín **HPV** don dalta thuasluaite.

Ní thoilím go dtabharfar an vacsaín **Tdap** don dalta thuasluaite.

Ní thoilím go dtabharfar an vacsaín **MenC** don dalta thuasluaite.

- Tá an t-eolas vacsaíne atá in éineacht leis seo léite agam agus tuigim é, fo-iarmhairtí atá ar eolas san áireamh.
- Deimhním agus an fhoirm seo á síniú agam go bhfuil údarú agam gan mo chead a thabhairt ar son an dalta thuasluaite. (De réir dlí, is féidir le dalta os cionn 16 bliana d'aois toiliú ar s(h)on féin.)

Síniú: \_\_\_\_\_

Dáta:   
L L M M B B B B

Ainm (Priontáil led' thoil): \_\_\_\_\_

(Ticeáil led' thoil): Tuismitheoir  Caomhnóir Dlíthiúil  Féin

Fáth leis an ndiúltú: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ainm:

Dáta Breithe:

# DON OIFIG AMHÁIN

If vaccine not administered please state why? Absent  Contraindicated  Deferred  DNA   
Referred to hospital setting  Refused  Other

Completed by: \_\_\_\_\_ MCRN/PIN: \_\_\_\_\_          
(if applicable) D D M M Y Y Y Y

HPV Dose	Date Given	Batch Number	Injection Site (Circle as appropriate)		Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN
<b>1</b>	/ /		Right Deltoid	Left Deltoid		
Time Vaccinated:			AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>	
Clinic Name: _____						

If vaccine not administered please state why? Absent  Contraindicated  Deferred  DNA   
Referred to hospital setting  Refused  Other

Completed by: \_\_\_\_\_ MCRN/PIN: \_\_\_\_\_          
(if applicable) D D M M Y Y Y Y

HPV Dose	Date Given	Batch Number	Injection Site (Circle as appropriate)		Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN
<b>2</b>	/ /		Right Deltoid	Left Deltoid		
Time Vaccinated:			AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>	
Clinic Name: _____						

If vaccine not administered please state why? Absent  Contraindicated  Deferred  DNA   
Referred to hospital setting  Refused  Other

Completed by: \_\_\_\_\_ MCRN/PIN: \_\_\_\_\_          
(if applicable) D D M M Y Y Y Y

HPV Dose	Date Given	Batch Number	Injection Site (Circle as appropriate)		Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN
<b>3</b>	/ /		Right Deltoid	Left Deltoid		
Time Vaccinated:			AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>	
Clinic Name: _____						

If vaccine not administered please state why? Absent  Contraindicated  Deferred  DNA   
Referred to hospital setting  Refused  Other

Completed by: \_\_\_\_\_ MCRN/PIN: \_\_\_\_\_          
(if applicable) D D M M Y Y Y Y

MenC Dose	Date Given	Batch Number	Injection Site (Circle as appropriate)		Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN
	/ /		Right Deltoid	Left Deltoid		
Time Vaccinated:			AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>	
Clinic Name: _____						

If vaccine not administered please state why? Absent  Contraindicated  Deferred  DNA   
Referred to hospital setting  Refused  Other

Completed by: \_\_\_\_\_ MCRN/PIN: \_\_\_\_\_          
(if applicable) D D M M Y Y Y Y

Tdap Dose	Date Given	Batch Number	Injection Site (Circle as appropriate)		Prescribed by signature and MCRN/PIN	Vaccinator's signature and PIN/MCRN
	/ /		Right Deltoid	Left Deltoid		
Time Vaccinated:			AM / PM		Vaccination Location: School <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/>	
Clinic Name: _____						